Diagnostic des adénopathies cervicales

I - Définition –Généralités :

- Pathologie complexe , fréquente et anxieuse
- Diagnostic le plus souvent facile
- Toujours penser au cancer
- Pas de traitements symptomatiques répétés
- Reconnaitre-Analyser-Orienter-Argumenter-Justifier
- Le système lymphatique cervical draine l'ensemble des territoires de la tête et du cou (scalp et du revêtement cutané cervico facial), les VADS , les glandes salivaires et la thyroïde.
- se fait de manière spécifique au niveau de groupes ganglionnaires cervicaux qui ont une situation assez fixe pour être identifiés et facilement retrouvés.
- *Une adénopathie : hypertrophie d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques qui sont des sortes de nœuds situés sur le trajet des* vaisseaux lymphatiques.
- Ce système revêt une importance capitale tant sur le plan physiologique que pathologique .

II. Rappel :

- **Embryologie :**

-Le développement du réseau lymphatique débute vers **la 6éme** semaine par l'apparition du canal thoracique à partir des sacs lymphatiques de la jugulaire (le 1er à se développer).
-Les ganglions se développent a partir du mésenchyme dés **le 3éme** mois.

- **Physiologie :**

-Le drainage lymphatique se fait vers la sous Clavière gauche via le **canal thoracique** et vers la VSC droite via la grande veine lymphatique.
-Le rôle indéniable du système lymphatique dans la défense immunitaire et le métabolisme lipidique.

Il existe 2 systèmes :

Système horizontal : cercle ganglionnaire péri cervical de ***Cunéo et Poirier***
Comprend 05 groupes ganglionnaires :
Sous mentaux
Sous mandibulaires
Sous digastriques
Mastoïdiens
occipitaux
Système vertical : triangle de ***Rouvière***

Groupe I: sous mento-mandibulaire
Territoire de drainage:

- Lèvres
- Langue mobile
- Plancher buccal
- Pyramide nasale

Groupe II: jugulo-carotidien supérieur ou sous digastrique

- Territoires pré (IIa) et rétrospinal (IIb) sont réunis
- Limites ant / haut : VP digastrique; arrière: nuque
- Le ganglion principal est le ggl de **Kuttner**
- Carrefour de drainage des VADS et région latérofaciale (adp cervicales les + fréquentes)

IIa: 3 étages du pharynx+ larynx+ cavité buccale+ thyroïde

IIb: cavum+ parotide+ oreille

Groupe III: jugulo-carotidien moyen ou sus-omo-hyoidien

Territoire de drainage :

- Oropharynx
- Hypopharynx
- Larynx
- Cavité buccale
- thyroide

Groupe IV: jugulo-carotidien inférieur

Territoire de drainage :

- Hypopharynx
- Thyroide
- Territoires thoraciques et abdomino-génitaux par le canal thoracique

Groupe V: cervical transverse et spinal

C'est le triangle postérieur du cou

Limité en avant par le bord post du SCM, en arrière par le bord ant du trapèze et en bas par la clavicule

Territoire de drainage :

- Parotide
- Rhino et oropharynx

Groupe VI

- Préviscéraux (delphien..)
- Prétrachéaux
- Prélaryngés…

III. Diagnostic Positif :

A/Interrogatoire:

ATCD

- OH-tabac
- Radiothérapie cervicale dans l'enfance
- Tuberculose(primo-infection, contage)
- EOA cutané- mélanome? Traitement?
- Maladie générale, maladie de système
- Voyage récent, contact avec les animaux
- Vaccination
- Rapport sexuel à risque
- **Date d'apparition:** Récent, ancien….
- **Conditions de survenue:** Mode d'installation
- Brutal, progressif, infection….

- **Age:** Oriente le diagnostic
- -Vieux, OH, tabac: EOA+++
- -Jeune sans ATCD: hémopathie, infection++
- **Caractère évolutif**

Présence de Signes ORL et/ou généraux

- Dysphagie, otalgie, odynophagie
- Dysphonie, dyspnée
- Obstruction nasale, épistaxis
- Surdité
- Syndrome infectieux général
- SF d'autres localisations: diarrhée, toux…
- AEG, sueurs nocturnes

B/ Examen clinique

- Siège exact
- Taille
- Schéma daté
- Sensibilité
- Consistance
- Aspect collecté ou non
- Caractère inflammatoire ou non
- Fixité par rapport aux plans profonds
- Recherche d'autres adénopathies
- **Examen clinique ORL:**

-Examen de la cavité buccale + pharynx + larynx
-Examen des fosses nasales
-Toucher bucco pharyngé
-Palpation parotidienne et thyroïdienne
-Recherche d'une lésion cutanée (cuir chevelu ++ et face)

- **-Examen clinique général:** -Adp d'autre territoires, -HSM….

Classification des métastases ganglionnaires cervicales UICC 97

No: pas d'adénopathie
-N1: unique inférieure ou égale 3 cm
-N2: supérieure à 3cm et inférieure à 6 cm
N2a: unique homolatérale
N2b: multiples homolatérales
N2c: bilatérales ou controlatérales
-N3: supérieure ou égale à 6 cm

C/ Examens Complémentaires :
Ne sont pas tous nécessaires dans la majorité des cas
-A adapter en fonction du contexte et de l'interrogatoire qui est fondamental

Biologie de première intention:
NFS + plaquette
VS + CRP
IDR à la tuberculine
-Sérologies en fonction du contexte : Toxoplasmose, HIV, MNI test, CMV
Dosage des anticorps anti EBV, de l'ACE et de la thyroglobuline.

Télethorax:

- Syndrome tumoral, lésion séquellaire de tuberculose, pneumopathie?

-Echographie cervicale:

-Souvent de manière précoce, facile à avoir
-Aspect, taille, consistance, adénopathie ou autre?
-Examen des organes de voisinage: thyroïde, parotide, sous max, chaînes ganglionnaires et vaisseaux

TDM oro-cervico-thoracique:

Avec injection d'iode
Localisation exacte, aspect, prise de contraste
Caractère homogène ou non, effraction capsulaire, diagnostic différentiel
Recherche d'une lésion primitive (VADS/pulmonaire)

-PET Scan : injection de 18 FDG

Qui se fixe sur les cellules cancéreuses
Permet de repérer les toutes petites tumeurs

Ponction ganglionnaire (cytologie):

- Innocuité (aiguille fine)
- En l'absence d'une origine vasculaire
- Opérateur dépendant
- Orientation diagnostique aux performances élevées
- Sensibilité de 84%
- Spécificité de 98%
- VPP de 95%

Pan-endoscopie des VADS:

- Sous AG
- Explore les fosses nasales, le pharynx, le larynx, région trachéo-bronchique, FOGD
- Si on suspecte une adénopathie maligne (terrain)
- Recherche un foyer primitif, une deuxième localisation et permet les biopsies
- Certains utilisent le bleu de toluidine

Cervicotomie exploratrice avec analyse extemporanée du ganglion prélevé (pas de biopsie)

- Quand on suspecte une hémopathie maligne++/ bilan étiologique négatif
- Selon la BE on pourra réaliser une ponction sternale / BOM et la pose d'une chambre d'implantation dans le même temps
- Permet d'arrêter là l'intervention s'il s'agit d'une lésion bénigne
- Dans un contexte infectieux, prélèvement pour culture (BK++)
- Si adénopathie maligne métastatique ,la cervicotomie est complétée par un curage
- Quand doute, seule l'analyse définitive permettra de décider d'une thérapeutique (carcinome indifférencié et lymphome en BE)

IV/ Diagnostic différentiel :

Masse sous digastrique:

- Volumineux bulbe carotidien, athéromateux
- Grande corne de l'os hyoïde (maigre)
- Apophyse transverse de l'atlas

Masse sous mandibulaire:

- Lithiase salivaire
- Tumeur sous mandibulaire (cylindrome..)

Masse sous mentale médiane:

- KTT, kyste dermoide

Masse spinale:
- Phlébectasie de la veine jugulaire externe
- Neurinome du plexus cervical

Masse sus claviculaire:
- Cancer de l'apex pulmonaire, neurinome plexus brachial…

Masse pré-laryngée:
- KTT, laryngocèle, nodule isthmique thyroïdien

Masse jugulo-carotidienne:

Supérieure:
- Tumeur pôle inférieur de la glande parotide
- Kyste amygdaloïde
- Paragangliomes
- Tumeur para pharyngée extériorisée

Moyenne:
- Anévrysme carotidien
- Tumeur nerveuse…

Inférieure:
- Tumeur thyroïdienne,lipome

V. ETIOLOGIES :

A/Adénopathies infectieuses Aigues:

Examens complémentaires pas toujours nécessaires

1/Infections virales:

Dans la majorité des cas les adénopathies sont multiples et bilatérales
- infections rhinopharyngés (enfant)++Adénovirus, echovirus, VRS

MNI: EBV, ado ou adulte jeune, Rechercher une angine, splénomégalie, rash à l'ampicilline , Syndrome mononucléosique, inversion de formule
Diagnostic par MNI test /réaction de Paul- bunel-davidson
- **CMV** : même tableau que MNI pour les immunodéprimés
- **Rubéole;** Exanthème+ arthralgies+ absence vaccination (diagnostiquée par la sérologie)
- **Maladie de Kawasaki: jeune enfant;** Rétrovirus??vascularite inflammatoire, origine?, VS élevée, asthénie ,arthralgies, adénopathie parfois première , conjonctivite , chéilite
  Fièvre+ énanthème buco pharyngé+ exanthème du tronc
  Risque d'anévrysme des coronaires
- **VIH /SIDA**: infection intercurrente (tuberculose) ou lymphadénopathie persistante sup 3 mois

2/ ADP bactérienne aigue :

Dans le territoire de drainage d'une porte d'entrée microbienne, à rechercher++ et à traiter++
- 40% cutanée: impétigo, griffure, furoncle, plaie
- 39% pharyngée: amygdalienne++
- 21% dentaire: carie, abcès

-**Staph doré et strepto B hémolytique gpe B : 86 %**
-Anaérobies sont souvent secondaires et buccodentaires
03 tableaux cliniques:

1-ADP aigue inflammatoire: Ganglion ferme, sensible, non adhérent

2-ADP Aigue suppurée:
-S inflammatoires locaux et généraux
-Volume important, fixation aux plans profonds, peau érythémateuse, douleur intense et lancinante
- CAT: écho, drainage chirurgical+++ ,ATB IV

3-Adénophlegmon:
-Diffusion de l'infection en dehors du gg
-Les s généraux sont intenses
-Si germes anaérobies, risque de nécrose extensive: gangrène cervicale (crépitation neigeuse)

B/ ADP infectieuse sub aigue et chronique :
Elle apparaît sur plusieurs semaines , persiste plusieurs mois
-Diagnostic plus difficile:
-Diagnostic différentiel avec adénopathie métastatique ou lymphomateuse

a/Infections bactériennes

Tuberculose ganglionnaire:10% des tuberculoses déclarées
-Mycobacterium hominis++ (primaire)
-Rarement associée à une autre localisation (poumon)
-Non traitée elle grossit, devient inflammatoire, adhère aux tissus, se ramollit et se fistulise (les 2ndaires)
-**CAT**: IDR+ thorax+ ECBC+ ponction
-Si-: adénectomie (pas de biopsies car fistulise)
-Traitement antituberculeux

- **Maladie des griffes du chat** (lymphoréticulose bénigne)

Morsure, griffure /évolution rapide

- **Tularémie** (Francisella Tularensis)

Lapin, lièvre / fistulisation à la peau très rapide + S grippal

- **Pasteurellose** (Pasteurella multocida) Chien, chat , oiseau

Porte d'entée très inflammatoire, suintante: isolement du germe

- **Syphilis primaire oropharyngée** Sérologie TPHA VDRL+ tréponème
- **Brucellose** (fromage frais :alimentation bio++)
- **Soduku** (fièvre spirillaire: rat)
- **Actinomycose cervico faciale** (BG- filamenteux)

Après trauma, soin dentaire :sous mandibulaire++
Peau inflammatoire, fistulisation à la peau, pus grumeleux à prélever

b/ infection parasitaire :

Toxoplasmose

Leishmaniose viscérale (Kala-azar):
-Sud algérien
-Enfants+++
-Adénopathie ferme, indolore, fièvre, AEG, splénomégalie, pancytopénie
-Myélogramme avec recherche parasitaire et sérologie
-Traitement: glucantime

C/ ADP chronique non infectieuse :

-Maladie de système (PAR, LED)
-ADP médicamenteuse (reac type greffon contre hote)
Pénicilline, Rifampicine, Carbamazépine
-ADP des Réticuloses

- Sarcoïdose: 20 40 ans
  Atteinte pulmonaire associée 80%
  Gg ferme, mobile, indolore
  Prélèvement: granulome gigantocellulaire sans nécrose caséeuse + thorax +LBA+ …
- Histiocytose X

D/ Hémopathies malignes :
Ferme, indolore, élastique
Autres territoires, souvent multiples

- **Maladie de Hodgkin** : Ponction: cellules de Sternberg
  cervicotomie+ BE+ BOM+ TDM abdominopelvienne

- **Lymphome non hodgkinien**
- **Leucémie lymphoïde chronique B** (+ 50 ans)
- **Leucémie myéloïde chronique** en poussée aigue
- **Maladie de Waldenstrom**
- **Leucémie aigue** (angine++)

E/ ADP métastatique des VADS :

Le ganglion sous digastrique est le plus souvent atteint,

-A évoquer systématiquement chez un éthylo-tabagique de plus de 50 ans (!!!! **jeunes et cavum**),

-Adénopathie dure, adhérente, sans caractère inflammatoire

-Les carcinomes hypo pharyngés , très lymphophiles se manifestent souvent par une adénopathie prévalente.

-Un Examen clinique complet permet souvent d'en retrouver l'origine (amygdale, base de langue, hypopharynx+++).

-Dans tous les cas: pan-endoscopie des VADS (deuxième localisation dans 10 à 20% des cas) et biopsies confirment le diagnostic.

Pan-endoscopie négative:

-Adénopathie maligne en apparence primitive

-Cervicotomie exploratrice et histologie extemporanée

-Si métastase d'un carcinome épidermoide:

- Évidemment dans le mm temps
- Certains: amygdalectomie homolatérale (+ dans30%)
- Radiothérapie des aires gg+ pharyngo-larynx

-Si méta d'un carcinome indifférencié / lymphome (doute): Stop et attente des résultats définitifs

-Si méta d'un adénocarcinome: Stop et explorations complémentaires

F/ Autres adénopathies métastatiques :

- Carcinome papillaire thyroïdien.
- Tumeur primitive thoracique ou abdomino-pelvienne (adénopathie de Troisier).
- Tumeur cutané.